

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Juillet 1901, à 1 heure

Par E. BARLERIN

Né à Roanne (Loire), le 17 juin 1876.

Moniteur à la Clinique d'Obstétrique et de Gynécologie de la Faculté de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

SOINS DONNÉS

AUX

NOURRISONS SYPHILITIKES

à la Consultation de la Clinique Tarnier

RÉSULTATS OBTENUS

Président : M. BUDIN, Professeur.

*Juges : MM. } JOFFROY, Professeur.
 } MAYGRIER et LAUNOIS, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

45 — Rue Racine — 45

1901

Année 1902

THESE

487

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

78A



THESE
LE DOCTORAT EN MEDICINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Juillet 1901, à 1 heure

Par E. BARLERIN

Né à Roanne (Loire), le 17 juin 1876.

Moniteur à la Clinique d'Obstétrique et de Gynécologie de la Faculté de Paris.

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

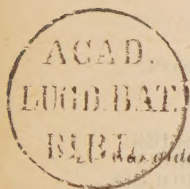
SOINS DONNÉS

AUX

NOURRISSONS SYPHILITIKES

à la Consultation de la Clinique Tarnier

RÉSULTATS OBTENUS



Président : M. BUDIN, Professeur.

Juges : MM.

JOFFROY, Professeur.

MAYGRIER et LAUNOIS, Agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15 — Rue Racine — 15

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutiques générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BAIS-BAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		JACQUET.
Clinique médicale.....		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		THIAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIKISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEGUEU.	TEISSIER.
ACHARD.	DUPRE.	LEJARS.	THIBERRY.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	GAUCHER.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES de la TOU-	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	HEIM.	REMY.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	ROGER.	WIJAL.
DELBET.	LAUNOIS.	SEBILLEAU.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

M. le Professeur Budin a bien voulu nous guider de ses conseils dans le choix de notre thèse inaugurale.

La consultation des nourrissons à la Clinique Tarnier formée d'éléments divers donne dans son ensemble de si brillants résultats, qu'il est intéressant d'en étudier les éléments de plus près, les éléments pathologiques surtout, de savoir ce que deviennent à côté des enfants sains, nés à terme ou débiles une catégorie de nourrissons héréditairement tarés. Les soins donnés aux nourrissons syphilitiques, les résultats obtenus, tel va être le sujet de notre travail.

Nous avons fait précéder cette étude d'un rapide aperçu historique ; nous avons tenu à montrer les différentes phases par lesquelles est passée l'histoire thérapeutique de la syphilis du nouveau-né. A une connaissance longtemps vague et imparfaite de cette infection, d'où résulta souvent une absence complète de soins, ont fait place de nos jours des données précises sur les causes dont elle relève, sur les symptômes par lesquels

elle se manifeste. Le traitement est institué de bonne heure, sur de simples présomptions quelquefois, et cependant les succès enregistrés sont rares ; les syphili-graphes les plus autorisés déclarent que la mortalité reste effrayante.

A la consultation de la Clinique Tarnier, où une surveillance presque quotidienne est exercée sur des êtres dont la vie semble si précaire, où, à une thérapeutique bien dirigée, est jointe la réglementation parfaite du régime alimentaire, a-t-on pu, en plaçant les nouveaux-nés dans les conditions les meilleures de résistance obtenir des résultats encourageants. C'est ce que nous allons essayer de faire ressortir de l'étude de nos observations.

Nous avons relevé pendant les quatre dernières années neuf cas de nourrissons syphilitiques sur un millier d'enfants venus régulièrement et soumis à une direction éclairée. Ce nombre peut paraître restreint pour essayer d'établir une statistique de valeur ; ce n'en est pas moins là un groupe de faits que le hasard seul a réunis, auxquels n'a pas été donnée une homogénéité factice pour forcer à des conclusions préconçues ; pour cette raison même, il mérite d'être pris en sérieuse considération.

En terminant nos études médicales, c'est pour nous un devoir de remercier ceux qui pendant les sept années que nous avons passé à la Faculté et dans les hôpitaux nous ont si largement prodigué leurs conseils et les encouragements de leur bienveillante sympathie.

Que nos premiers maîtres en chirurgie MM. Schwartz, Théophile Arger, Lejars, qui nous ont reçu débutant dans leurs services veuillent bien accepter ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous avons eu l'honneur pendant la durée de notre externat d'être attaché au service de M. le Professeur Proust où MM. Louis Guinon, Janselme, Thiroloix nous ont donné un enseignement dont nous garderons longtemps le souvenir.

M. le Professeur Fernet n'a cessé de nous témoigner pendant l'année où nous avons été son élève un intérêt tout particulier : nous avons pu admirer souvent la précision de son diagnostic, son observation attentive et la délicatesse minutieuse de ses examens. Nous tenons à rendre hommage autant à la haute bienveillance du maître qu'à la science du patricien.

C'est dans le service de M. le Professeur Budin que nous terminons nos études. Après nous avoir accueilli comme externe, il nous a fait l'honneur de nous confier les fonctions de moniteur. Nous ne saurions trop remercier notre maître de l'affectueuse sollicitude avec laquelle il a pris soin de notre éducation obstétricale. Qu'il nous permette de lui dire notre admiration pour l'œuvre philanthropique à laquelle depuis dix ans il s'est donné tout entier : la protection de la première enfance. Notre vœu le plus cher est de demeurer son élève reconnaissant et respectueusement dévoué.

Nous remercions nos chefs de clinique, MM. Schwab,

Mace, Perret de l'intérêt qu'ils nous ont témoigné pendant leur clinicat.

Nous tenons à donner à M. le docteur Planchon, le gage de notre ancienne, confraternelle et toujours excellente amitié.

HISTORIQUE

L'histoire de la syphilis du nouveau-né a été tracée bien des fois dans ce siècle, où l'étude de la syphilis, de ses manifestations héréditaires précoces et tardives a été l'objet de tant de travaux. En le reprenant encore nous nous sommes placés à un point de vue un peu différent, indiqué par le but même de notre travail. Passant rapidement sur les questions de pathogénie, d'anatomie-pathologique, de clinique même qu'il nous était indispensable de signaler, nous avons essayé de faire ressortir les points les plus intéressants : soins donnés, résultats obtenus...

La syphilis du nouveau-né est très anciennement connue ; les premières mentions qui en sont faites datent du XVI^e siècle. Mais cette affection fut d'abord peu étudiée : la confusion des symptômes, l'incertitude du diagnostic, les hésitations du traitement, caractérisent d'une façon suffisamment nette la première période de son histoire qui se termine avec le XVIII^e siècle. Une phase nouvelle commence alors ; l'infection syphilitique

se dégage de la maladie vénérienne dont le nom servait à couvrir un ensemble d'affections mal connues. La question est mise au point dans cette période moderne où l'agent de la contagion échappe seul à la science ; les symptômes mieux définis se précisent, le traitement est méthodiquement institué.

Après avoir rappelé la connaissance vague et imparfaite que l'on eût longtemps de la syphilis des nouveau-nés, nous résumerons dans un exposé rapide les notions précises acquises de nos jours.

Pendant trois siècles, le mode d'infection reste obscur et des opinions diverses sont successivement formulées. Pour les uns elle est acquise, contractée par l'enfant à son passage à travers les organes génitaux malades (Fallope 155) (1) ou bien transmise par le lait, agent de contagion au cours de l'allaitement (Guyon Dolois) (2), d'autres la considèrent comme héréditaire (Paracelse 1520. — Ferrier 1553) (3) et cette dernière opinion ne tarde pas à prévaloir. Garnier (1699) (4) indique même le traitement prophylactique — frictions mercurielles pendant la grossesse. La question devient plus précise avec Astruc (1720) (5) qui indique le rôle des généra-

(1) Fallope. De morbo gallico, l. XXXVI, p. 127.

(2) Guyon Dolois (1664).

(3) Paracelse. De causis et origine luis gallicæ. — Ferrier. De lue Hispana, 1553.

(4) Garnier. Formulaire, 2^e édition, 1699.

(5) Astruc, 1720. De morbis venereis.

teurs, père et mère, dans la transmission de la maladie.

Génération, contagion sont les deux modes admis par Fabre (1758), élève du célèbre chirurgien Petit.

Sur quels éléments repose le diagnostic ? Des lésions osseuses, ganglionnaires sont signalées où l'on confond avec la syphilis le rachitisme et la tuberculose. Les lésions cutanées et muqueuses constituent à elles seules presque toute la symptomatologie ; ce sont évidemment les mieux connues bien que les caractères avec lesquels on les décrit soient insuffisants pour être toujours différentiels.

Rosen en 1780, les résume ainsi :

« Les enfants, dit-il, qui ont reçu la maladie vénérienne de père et de mère sont faibles, maigres en naissant, n'ont point de repos la nuit, sont sujets à des éruptions cutanées quelconques soit dès qu'ils sont nés, soit au bout de six mois. Ils ont des tumeurs aux aînes, aux aisselles, aux oreilles, des exostoses à la mâchoire inférieure, au crâne, aux os du bras, de la jambe. Il y a un écoulement comme dans un rhume de cerveau, un enrrouement fréquent sans cause manifeste, une déglutition difficile et l'on observe dans la gorge des ulcères semblables à du lard. On remarque de petits boutons squammeux sur la tête ou sur le front ; il paraît des taches rouges, jaunes encore, à la poitrine ou au bas ventre, des gerçures, des crevasses aux pieds, aux mains, des excroissances, des poireaux, des chancres

aux parties cachées. Ces chancres sont plus ou moins gros, tantôt plans, tantôt creux, le plus souvent rouge clair au bord et plus ou moins durs, l'intérieur en est blanc, ils deviennent livides ou noirâtres lorsqu'ils ont déjà rongé pendant quelque temps, ils sont de nature différente des ulcères cancéreux, commencent tout différemment, savoir par une rougeur imprévue qui se change bientôt en douleur, ce qui est suivi de petits boutons blancs qui tombent et suppurent. Quelquefois ils ressemblent à des verrues qui rendent un pus blanchâtre, mais ce pus est toujours jaune sur le linge (1). »

Contre ces manifestations de la syphilis on avait cherché de bonne heure à utiliser les ressources de la thérapeutique et songé à donner le traitement mercuriel. Mais au sujet de la manière et de la forme sous laquelle il doit être institué, toute indication précise manque.

Le traitement est indirect, des frictions sont faites à la mère qui nourrit et le lait mercurialisé peut, par ses propriétés nouvelles, guérir l'enfant. Si l'allaitement est artificiel, l'animal dont le lait est destiné à l'alimentation — une chèvre le plus souvent — est soumis au même traitement : c'est là la pratique que conseillent tour à tour Garnier (2), Astruc (3), Rosen (4), Levret (5), Burton.

(1) Rosen, Traité des maladies des enfants (1750), traduit du suédois, par Villebrune.

(2) Garnier. *Loc. cit.*

(3) Astruc. *Loc. cit.*

(4) Rosen. *Loc. cit.*

(5) Levret, 1753.

Le traitement direct a ses partisans, il peut être institué sous deux formes : par des frictions, des fumigations, on cherche à faire absorber les médicaments par la peau, ou bien on l'administre par les voies digestives. Le traitement direct par frictions est recommandé par Massa (1). Botal est conduit à cette pratique par l'exemple d'une femme qui guérit son enfant par des frictions qu'elle fit elle-même sans le conseil d'aucun médecin (2). Fabre conclut à la supériorité de cette méthode. La médication interne est peu conseillée, si quelques-uns comme Bell sont d'avis d'un traitement hâtif, d'autres, en plus grand nombre, Burton, Lemoine, Petit-Radel, craignant pour le nouveau-né le choc du mercure, pensent que l'on doit attendre quelques mois avant une intervention aussi active.

Résumant au sujet du traitement, l'opinion régnante que l'on peut considérer comme classique à la fin du XVIII^e siècle, nous rappelons la consultation des docteurs régents de l'Université de Paris, statuant en 1785 sur des questions posées par l'Hospice des Enfants Assistés d'Aix.

Les docteurs se prononcent en général pour le traitement direct, mais contre le mercure à l'intérieur, recommandant plutôt les frictions et les fumigations faites avec du cinabre. « Peu de méthodes internes, concluent-ils, conviennent aux nouveau-nés, tout au

(1) Massa. De morbo neapol., lib. I, ch.

(2) Botal. De suis veneræ curandæ ratione. Parisus, 1363.

plus peut-on employer* de petites doses de mercure gommeux ou ce qui vaut mieux encore de panacée mercurielle ou de mercure doux à la dose d'un demi-grain et en augmentant jusqu'à trois grains. »

Quels sont les résultats obtenus par ces différents traitements ? Les enfants meurent tous, disent les uns (Guyon Dolois) ; d'autres notent des améliorations, des guérisons même. Les guérisons sont-elles durables ? une lacune existe sur ce point.

Nous n'avons à constater jusque là que des faits isolés, des observations particulières qui ne peuvent donner une idée exacte de l'ensemble des résultats.

La création à Vaugirard, en 1780, d'un hospice pour les femmes enceintes syphilitiques donne à la science un champ d'observations nouvelles. Un traitement méthodique est institué, les résultats enregistrés, les médecins chargés du service, Doublet, Mahon, Bertin publient successivement des ouvrages, des statistiques dont ils trouvent les éléments dans leur pratique journalière.

A quel traitement se sont-ils arrêtés ? Quels succès ont-ils eu à compter chez les nouveau-nés atteints de maladie vénérienne ?

Ils instituent d'abord un traitement préventif pendant la grossesse. Les frictions leur paraissent le moyen de choix pour administrer le mercure, préférables au sublimé qui peut, même à de faibles doses, provoquer des troubles gastriques.

Les accidents chez l'enfant sont traités de façon indi-

recte d'abord, (frictions à la mère nourrice) mais si l'indication d'une thérapeutique est plus active, formelle, un traitement direct est ajouté et on donne le mercure sous des formes variées. Des frictions ou, à l'intérieur, de la panacée mercurielle (calomel) mélangé à de la rhubarbe, à la dose d'un demi-grain, du muriate suroxygéné de mercure (sublimé) à la dose $1/12^e$, d'un $1/24^e$ de grain.

« Le muriate suroxygéné de mercure est de toutes les préparations mercurielles celle qui fait disparaître le plus promptement les symptômes et surtout les pustules mais c'est aussi celle qui expose le plus à une récurrence, si on en abandonne trop tôt l'usage » (1).

Des accidents ont été notés pendant le traitement : coliques, diarrhée du nourrisson.

Les résultats obtenus à l'hôpital de Vaugirard sont variables.

Doublet écrit en 1786 :

« Une observation attentive, un examen très scrupuleux ont prouvé que sur sept enfants apportés ou nés dans cet hôpital il en meurt deux soit du millet, soit de faiblesse, sans pouvoir prendre le sein, il en meurt deux autres de maladie vénérienne compliquée d'autres maladies et on en guérit trois sur lesquels on en perd encore un, en convalescence au moment du sevrage. »

Bertin en 1810.

« Le rapport général de la mortalité a été environ

(1) Bertin.

de 3 à 5 nous avons guéri plus d'un tiers des enfants, nous avons été plus heureux pour ces enfants infectés qu'on ne l'a été certaines années à l'Hôpital des Enfants Trouvés pour les enfants exempts d'infection. »

18 o/o dans le premier cas, 60 o/o dans le second cas constituent les proportions de succès.

Pour expliquer de si heureux résultats, nous devons remarquer que les accidents vénériens ne sont pas tous des accidents syphilitiques, bien qu'ils soient confondus sous la même désignation.

Les travaux de Bertin et de ses prédécesseurs inaugurent la longue série de recherches entreprises au XIX^e siècle sur la syphilis des nouveau-nés. Il nous est impossible d'entrer dans leur détail sans nous écarter de notre sujet, mais en présentant maintenant le résumé des connaissances actuelles, nous rappellerons les noms de ceux qui se sont attachés à cette étude et en ont marqué les progrès.



La syphilis chez le nourrisson relève de deux causes : elle est héréditaire ou acquise.

La syphilis héréditaire est démontrée par les faits cliniques : L'influence de la mère sur le pont de conception est admise par tous. Hunter même essaya de concilier ce mode de transmission de la maladie avec sa théorie exclusive de la contagion. Il entrevoit « la possibilité de l'infection de l'enfant, non par la maladie de

la mère, mais par une partie de la même matière qui a infecté la mère et qu'elle a absorbé. »

L'influence paternelle a été plus discutée.

Bouchut, Cullerier, Mireur, Langlebert, Sturgis la mirent en doute malgré les observations probantes de Kassowitz de 400 femmes ayant accouché d'enfants syphilitiques et dont 166 furent reconnues absolument saines.

L'étude du rôle des générateurs a été poussée plus loin, et le pronostic reconnu variable pour l'enfant suivant que l'infection est paternelle, maternelle ou mixte, suivant l'époque plus ou moins éloignée de la contagion et le traitement suivi.

Quelques points intéressant les rapports de la syphilis avec la génération et l'allaitement ont complété ces connaissances. Un nouveau mode d'infection découvert : la syphilis peut aller du père à la mère par le fœtus, syphilis conceptionnelle dont l'accident initial manque.

Des observations de Baumès (1), de Colles (2) ont montré que le nourrisson syphilitique ne contagionne pas sa mère.

La syphilis peut être acquise par le nouveau-né, et les faits ne sont pas rares : des accidents spécifiques présentés par une nourrice mercenaire sont le plus sou-

(1) Baumès. 1840. Précis des maladies vénériennes.

(2) Colles. Practical observations on the Venereal Diseases and on the use for Mercury.

vent l'origine de l'infection, le début est alors toujours le chancre local et la syphilis acquise ne présente pas les caractères si graves de la syphilis congénitale généralisée d'emblée.

La syphilis héréditaire se manifeste par des symptômes variés, lésions cutanées muqueuses, altérations des différents appareils digestifs, respiratoires, osseux, nerveux, des organes des sens.

Les lésions cutanées se présentent sous des aspects divers : le pemphigus, éruption bullaire, a son siège le plus ordinaire à la paume des mains et à la plante des pieds. La peau peut se couvrir de syphilides multiples, érythémateuses, papuleuses, gommeuses, ulcéreuses.

Le coryza, des fissures aux lèvres, à l'anus, des ulcérations buccales sont les principales lésions muqueuses.

Les examens anatomiques révèlent de fréquentes altérations des viscères : au poumon, la pneumonie blanche signalé pour la première fois par Depaul (1851) (1), au foie l'altération décrite par Gubler (1852) sous le nom de foie silex, les gommes avec leurs nombreuses variétés. La rate est hypertrophiée (Beresprung, 1857). Dans le thymus on trouve parfois des foyers purulents. Le testicule, le rein, le pancréas, le péritoine peuvent être également atteints. Plus fréquentes encore, les altérations des os du crâne, des membres, le décollement de leurs épiphyses (maladie de

(1) Depaul. Mémoires de l'Académie de médecine, 1851, p. 518.

Parrot) qui sont caractéristiques de l'infection. Des accidents hémiplegiques, convulsifs, méningitiques, traduisent les lésions du système nerveux ; iritis, kératites, otites sont également des signes précoces de syphilis héréditaire. Quelquefois, la mort rapide survient sans causes apparentes, il semble y avoir chez les nouveau-nés une « inaptitude à la vie. »

L'étude de ces accidents, l'anatomie-pathologique des organes atteints, ont occupé presque tous les cliniciens et les histologistes du siècle ; nous nous bornerons à citer en France : Dubois, Depaul, Gullerier, Ricord, Huguier, Trousseau, Lassègue, Ranvier, P. et E. Diday, Parrot, Fournier, etc... A l'étranger : Wirchow, Wagner, Boerensprung, Hutchinson, Kassowitz, Taylor, etc...

La marche des lésions, les formes cliniques, les complications étant bien connues, on a pu intervenir par une thérapeutique appropriée.

L'utilité du traitement préventif est universellement reconnue, ses indications se sont étendues, bien définies.

Dans les cas de syphilis mixte, le père et la mère doivent suivre avant la conception même un traitement qui sera continué pendant la grossesse.

A une syphilis paternelle, on opposerait avant la conception le « traitement du père de famille » que conseille Diday.

« Alors que l'influence hérédo-syphilitique du mari s'est attestée sur une ou plusieurs grossesses par tel ou

tel des résultats nocifs qui lui sont habituels, il y a indication absolue à prévenir un nouveau malheur par le traitement préventif de la mère (1). » Et s'il s'agit d'une première grossesse. « Le traitement syphilitique de la mère bien que saine constitue pour l'enfant menacé par les antécédents paternels d'hérédité syphilitique une sauvegarde dont il y a indication précise et formelle à le faire bénéficier (2). »

La base du traitement préventif est toujours le mercure, que l'on donne en combinaison avec l'iode ou associé à l'iodure de potassium sous forme de pilules de protoiodure ou de sirop de Gibert.

L'indication du traitement chez les nouveau-nés est donnée par la gravité des accidents.

Le traitement peut être indirect, le mercure absorbé par la mère nourrice communique au lait ses propriétés curatives. Les résultats obtenus ont été contradictoires. Tandis que Cullerier (3), Gibert (4) ont déclaré n'avoir jamais pu guérir un enfant mercurialisé par la méthode galactothérapique, Trousseau (5) en reconnaît les bons effets. Le passage du médicament dans le lait ne fait aucun doute depuis les travaux de Labourdette (1859, (6).

(1) Fournier. Hérédité syphilitique, page 360.

(2) Fournier. *Loc. cit.*, page 379.

(3) Cullerier. Du trait. de la Syphilis des nouveaux-nés. Bull. de therap., 1852, t. LXII, p. 433.

(4) Gibert. Bull. acad. méd. Paris, 1838-1839, t. XXIV, p. 810.

(5) Trousseau. Clinique médicale Hôtel Dieu, 1877, 3^e édition.

(6) Labourdette Bull. acad. méd. 1839, t. XXIV, p. 746.

Le traitement direct, les bains, les frictions, constituent la médication externe la plus fréquemment employée.

La valeur thérapeutique des bains a été très discutée. Pour Diday « les bains, tout à fait insignifiants chez l'adulte, constituent pour l'enfant une médication tellement efficace que le plus ordinairement elle suffit ». Ce n'est pas là l'avis de Parrot qui considère cette méthode comme infidèle et même dangereuse. L'absorption par la peau est nulle, quand elle se fait, c'est au niveau des muqueuses ou à la faveur d'une solution de continuité des téguments (ulcération par exemple). Il est impossible de doser la quantité de mercure introduite dans l'économie.

Mais si pour l'administration du médicament, les bains sont d'une efficacité contestable, ils n'ont pas moins une valeur thérapeutique réelle : débarrassant la peau de ses sécrétions, ils font une antisepsie qui, bien que relative, contribue à éviter les causes occasionnelles qui souvent favorisent l'apparition des accidents.

Les bains sont donnés au 1/2.000, au 1/5.000 quotidiens ou tous les deux jours.

Les frictions constituent un traitement externe énergique, mais leur usage s'est beaucoup restreint depuis la perfection de la médication interne qui permet un dosage plus exact. Elles semblent tirer surtout leur indication des cas où l'intolérance gastrique manifestée par de la diarrhée, des vomissements, rend impossible l'ad-

ministration du mercure par les voies digestives. Elles sont pratiquées sur le thorax avec un gramme ou deux d'un onguent répondant à la formule : onguent mercuriel une partie, axonge trois parties.

Les sels chlorurés de mercure surtout, calomel et sublimé, sont donnés à l'intérieur. Mais le calomel est beaucoup moins employé, bien qu'il ait donné des résultats souvent satisfaisants. On lui préfère le sublimé sous la forme la plus ordinaire de liqueur de Van Swieten. « La liqueur de Van Swieten est la préparation hydrargyrique par excellence dans le traitement de la syphilis infantile. » Cette opinion de Jules Simon est actuellement classique. Ce n'est pas toutefois sans une certaine crainte que le sublimé a d'abord été donné. Cullerier, Baumès le prescrivaient à des doses infinitésimales $1/24$ de grain, soit 0 gr. 0002 ; de nos jours des doses beaucoup plus élevées ont été considérées comme utiles, c'est par milligrammes (une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten par jour), que Diday et Parrot l'ont employé. Jules Simon indique des quantités beaucoup moindres dix, vingt, trente gouttes suivant l'âge, et cette dernière méthode, plus prudente, permet en évitant les troubles digestifs un traitement prolongé quelquefois nécessaire. En général, cependant, les accidents s'amendent assez vite ; sous l'influence de ce traitement la guérison est obtenue.

Nous ne ferons que signaler les injections hypodermiques d'huile grise, de sels solubles ou insolubles de

mercure qui, devant les bons résultats obtenus chez l'adulte, ont été employées quelquefois chez l'enfant, surtout à l'étranger.

L'iode, l'iodure de potassium, ont complété parfois le traitement. Parrot en rapporte l'efficacité surtout s'il s'agit de lésions osseuses. On a reproché surtout à ces médicaments les accidents d'iodisme qu'ils peuvent déterminer, le coryza surtout, qui par la gêne apportée dans les mouvements de succion et de déglutition peut être un obstacle sérieux à l'allaitement.

Dans le traitement local des accidents de syphilis héréditaire érosifs, ulcéreux, on a heureusement utilisé les notions nouvelles de l'antisepsie. Les infections secondaires sont prévenues par l'application de solutions, de poudres antiseptiques, les phénomènes inflammatoires sont réduits à leur minimum, la suppuration presque toujours évitée.

En résumé, nous pouvons aujourd'hui par des moyens thérapeutiques variés, sérieux, dont l'efficacité paraît établie, lutter contre l'infection syphilitique.

Les statistiques récentes accusent cependant une mortalité considérable. Monsieur le Professeur Fournier, pour sa clientèle privée, donne les chiffres de 68 o/o, 60 o/o, 28 o/o de morts suivant que l'hérédité est mixte, maternelle ou paternelle. Mlle Krykus 78 o/o, 48 o/o (hérédité mixte, hérédité paternelle) dans la statistique de l'hôpital Saint-Louis.

La thérapeutique doit chercher dans les soins d'hy-

giène et principalement dans les soins d'hygiène alimentaire des auxiliaires puissants, indispensables, puisqu'il ne s'agit pas seulement ici d'un syphilitique, mais que ce syphilitique est un nouveau-né.

Blaise (1), parlant des nourrissons syphilitiques, écrit :
« Il est important d'établir une distinction entre les en-
« fants nourris au biberon (allaitement ordinaire des
« crèches) et les enfants nourris par la nourrice. Les
« premiers meurent presque tous, les autres guérissent
« dans les deux tiers des cas, et cela le plus souvent
« avant la fin de la première année, quelquefois seu-
« lement au bout de deux ans. C'est ce qui résulte des
« observations faites à Lyon par Monsieur le Professeur
« Gailleton. »

Plus que tout autre nouveau-né, le nouveau-né syphilitique devait bénéficier des progrès accomplis dans ces dernières années, de la perfection et de la réglementation apportées dans l'éducation du nourrisson.

L'allaitement maternel, méthodiquement établi, suivant des lois précises que la clinique a démontrées, a trouvé dans l'allaitement artificiel, un complément utile, parfois indispensable.

Pour le nourrisson syphilitique, l'allaitement maternel est le seul mode d'allaitement naturel possible, car le danger de contagion interdit le sein d'une nourrice mercenaire. L'emploi d'une nourrice syphilitique présente de tels inconvénients qu'il est d'une pratique sou-

(1) Blaise, Thèse d'Agrégation, 1883, p. 413.

vent impossible : sans parler des difficultés des recherches, la confiance est dangereuse d'un secret dont la divulgation peut entraîner de si graves conséquences.

L'allaitement maternel, toujours recherché, est souvent obtenu. La mise au sein régulière de l'enfant, continuée avec persévérance, détermine dans la majorité des cas, l'établissement de la sécrétion lactée. En cas d'insuccès, l'alimentation artificielle, considérée il y a quelques années encore comme dangereuse, entraînant presque toujours la mort du nourrisson, établie aujourd'hui sur de nouvelles bases, raisonnée, scientifique, peut suppléer et donner d'excellents résultats.

« A défaut du lait de femme, le lait d'animal, et en particulier le lait de vache est généralement utilisé. Mais le lait est un liquide qui s'altère avec une très grande facilité : les microbes y pullulent rapidement, surtout pendant les chaleurs de l'été ; il devient alors un aliment très dangereux et détermine la mort d'un grand nombre d'enfants, qui succombent à la diarrhée cholériforme, au choléra infantile.

« Heureusement, on peut aujourd'hui, grâce aux admirables travaux de Pasteur, détruire ces microbes, stériliser le lait.

« On peut détruire les microbes qui se développent dans le lait, que ces microbes viennent de l'air, qu'ils viennent des vases contenant le lait ou des personnes qui le manipulent, qu'ils viennent des animaux qui le fournissent et qui sont eux-mêmes malades, qu'ils

« viennent de l'eau qu'on y ajoute frauduleusement,
« etc...

« Stérilisé, le lait peut pénétrer, de la bouteille qui
« le contient, dans le tube digestif de l'enfant, aussi
« pur que s'il passait du sein de la femme dans la bou-
« che du nourrisson (1). »

Le lait stérilisé forme la base de l'alimentation artificielle. La qualité de ce lait, son origine ne sont pas indifférentes, le mode de stérilisation lui-même a son importance.

Le lait de vache paraît être l'aliment de choix : stérilisé dans des conditions spéciales, au bain-marie, il est plus facilement digéré que le lait de chèvre ou d'ânesse qui ont été également proposés (2). Pour obtenir l'asepsie parfaite, la quantité totale est répartie en petites bouteilles dont chacune contient la dose nécessaire à chaque tétée.

L'alimentation naturelle, et comme complément ou supplément une alimentation artificielle bien supportée peuvent être données au nourrisson.

Mais quelque soit le mode d'alimentation adopté, une surveillance attentive est nécessaire : cette surveillance doit s'exercer, sur le nourrisson toujours, sur la mère, sur la nourrice suivant les cas.

La quantité de lait donnée au nourrisson doit être suffisante sans être excessive, qu'il s'agisse de lait mater-

(1) P. Budin. Femmes en couches et nouveau-nés, p. 367, 368.

(2) Chavanne. Le lait stérilisé. Thèse de Paris, 1893.

nel, de lait de nourrice ou de lait stérilisé. Nous avons à notre disposition des moyens de dosage exacts : si dans l'allaitement artificiel la quantité absorbée est connue, dans l'allaitement naturel des pesées pratiquées avant et après chaque tétée nous donnent sur ce point des indications précises.

La ration est insuffisante : sans troubles de santé générale, sans troubles digestifs, l'enfant n'augmente pas ou augmente peu ; la courbe de son poids reste stationnaire.

La ration est excessive : après une augmentation de poids trop rapide, une série de symptômes apparaissent, conséquence de la suralimentation : les selles liquides d'abord conservant leur coloration jaunâtre auxquelles ne tardent pas à succéder de la diarrhée, jaune, puis verte, entraînant une perte de poids, l'on observe souvent aussi des éruptions eczémateuses.

Le régime alimentaire, l'état de santé de la nourrice doivent être pris en considération : une nourriture trop abondante, des émotions, l'apparition des règles, etc..., peuvent retentir sur l'état général du nourrisson.

Par des modifications appropriées que la surveillance seule rend possibles, les accidents sont prévenus ou atténués, l'intégrité des fonctions digestives maintenue et dans le cas qui nous occupe, pour le nouveau-né syphilitique plus que pour tout autre, l'intérêt en est considérable. Les troubles de nutrition qui retentissent si fâcheusement sur l'état général du nourrisson sont évités ; de

plus, le traitement mercuriel peut être établi sans que se manifestent des symptômes d'intolérance gastrique qui obligent à le suspendre au moment où son action paraît le plus nécessaire.

Ces indications tirées de la thérapeutique et de l'hygiène ont été exactement remplies dans le traitement des nourrissons syphilitiques qui se sont présentés à la consultation de la Clinique Tarnier.

Nous allons maintenant produire les observations.

Observations des nourrissons syphilitiques,
recueillies à la Consultation de la Clinique Tarnier.

OBSERVATION I (1).

P..., sexe masculin, naît à l'hôpital de la Charité le 31 janvier 1896. La mère dès le début de sa grossesse vint consulter Monsieur le Professeur Budin. Elle désirait avoir un enfant vivant et peu de temps après son mariage elle avait présenté des accidents spécifiques : chancre, roséole. L'infection venait du mari dont la syphilis récente, avouée, avait été soignée.

Le traitement qui lui fut conseillé (sirop de Gibert, une cuillerée par jour avec un repos de dix jours par mois) fut régulièrement suivi pendant tout le temps de la grossesse. Les résultats furent excellents, l'enfant vivant, à terme pesait à sa naissance 2.650 grammes.

Il ne présentait rien de particulier. Après la chute initiale de poids la courbe devint normale à sa sortie de l'hôpital, nourri régulièrement au sein, il pèse 2.925 grammes.

Cependant la mère est prévenue qu'une surveillance très attentive est nécessaire, elle ramène son enfant chaque semaine à la consultation des nourrissons.

(1) N° 746 du Registre de la Consultation des nourrissons.

Le 27 février, jour où il est revu pour la première fois, il pèse 3.610 gr.: l'augmentation a été de 675 grammes en dix-sept jours, soit 39 gr. par jour.

Il présente à la région périnéale des ulcérations profondes extrêmement étendues, qui peuvent admettre facilement l'extrémité du pouce. Vu l'état de gravité de ces lésions, on donne immédiatement à l'enfant 40 gouttes par jour de liqueur de Van Swieten en quatre fois dans du lait maternel. Les lésions persistent, leur étendue et leur profondeur s'accroissent encore.

L'état général de l'enfant reste bon, il augmente exactement de 26 gr. par jour.

Le 30 mars, il pèse 4.480 grammes. A un doigt de la main droite apparaît, au niveau de l'ongle, une petite ulcération. L'ongle est décollé. L'origine de cet onyxis ne paraît pas douteuse. On fait des pansements humides, le 10 avril la guérison était complète.

A cette date, l'enfant présente un peu de diarrhée, les ulcérations semblent prendre encore un peu d'extension, à cause de l'irritation produite par les gardes-robes liquides. On fait venir l'enfant trois fois par semaine, on lui donne des bains de sublime au 1/5.000. On supprime la liqueur de Van Swieten.

Le 15 mai, la mère souffre du sein, a de la fièvre, par la pression on fait sourdre un peu de pus. On vide le sein, des pansements humides sont appliqués; pour que l'alimentation de l'enfant reste suffisante on donne deux bouteilles de 50 grammes de lait stérilisé. L'enfant continue à augmenter régulièrement, les ulcérations s'amendent, elles tendent à une guérison qui ne sera complète que le 6 septembre, six mois après leur apparition.

A cette époque les bains de sublime, qui depuis le 10 avril avaient été régulièrement donnés, sont suspendus. Le poids

de l'enfant est de 7.010 gr. poids à peu près normal pour un enfant de huit mois. Le lait de la mère n'étant revenu qu'en quantité inférieure dans le sein atteint de galactophorite, on est obligé de donner quatre bouteilles de lait stérilisé. Tout traitement est cessé chez la mère.

Le 7 octobre, bien qu'aucun nouvel accident ne soit survenu, on conseille à la mère de prendre de nouveau pendant un mois une cuillerée de sirop Gibert.

Rien à signaler jusqu'au 15 janvier 1897. On augmente graduellement la quantité de lait stérilisé porté à 600 grammes.

A cette époque l'enfant a la rougeole; pendant un mois il cesse de venir à la consultation et quand il y est ramené, le 19 janvier, on constate des plaques muqueuses labiales. La mère rapporte que le caractère de son enfant a changé, qu'il devient maussade, méchant, qu'à la moindre contrariété il entre dans des colères épouvantables, se réveille la nuit avec des terreurs qu'elle a beaucoup de peine à calmer. On le met pendant trois semaines au traitement spécifique avec quarante gouttes de liqueur de Van Swieten. Les plaques muqueuses disparaissent.

Le 6 mai, l'enfant est pris d'une parésie du membre inférieur droit, les phénomènes d'excitation que nous avons signalés persistent. Monsieur le Professeur Raymond auquel la mère est adressée, rapporte à la syphilis ces deux symptômes et conseille la reprise du traitement.

Le traitement est repris, les accidents nerveux cèdent, la parésie en quelques jours.

Une fois encore, le 8 septembre, des accidents spécifiques sont notés : des plaques muqueuses qui nécessitent l'administration de quelques doses de liqueur de Van Swieten.

L'enfant quitte la consultation des nourrissons, ayant pré-

senté pendant tout son séjour une augmentation de poids normale.

Actuellement, âgé de 5 ans, cet enfant, bien développé est d'une excellente santé, son intelligence est très éveillée, il n'a depuis trois ans présenté aucun accident syphilitique grave.

OBSERVATION II.

J..., sexe féminin, naît le 21 septembre 1898 à la Clinique Tarnier (1). La mère âgée de 26 ans est VI-pare. Trois grossesses ont été menées à terme (1^{re}, 2^e, 4^e), elles se sont terminées par l'accouchement spontané d'enfants vivants. De ces enfants deux sont morts (1^{er} et 2^e) : le troisième âgé de cinq ans actuellement assez bien portant a présenté des crises nerveuses dont la nature est difficile à préciser (épilepsie?). Les autres grossesses (3^e et 5^e) se sont terminées à sept mois par l'expulsion de fœtus macérés, le dernier mort depuis trois semaines environ.

La mère n'a présenté aucun accident spécifique.

Le père, peintre en bâtiment, a de fréquentes coliques de plomb. Les détails sur sa syphilis manquent.

Le poids de naissance est de 2.950 gr., le placenta pèse 500 gr., il présente la trace d'un foyer hémorragique ancien.

Pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital la courbe de son poids ne présente rien de spécial. Après une diminution de 260 gr., il sort le neuvième jour, sans que le poids initial ait été repris (2.850 gr.).

Il est nourri au sein par sa mère, les tétées sont régulières,

¹ (1) N° 1046 du Registre d'Accouchement (1898) et N° 1008 du Registre de la Consultation des Nourrissons.

toutes les deux heures la journée, réduites à deux la nuit. Le diagnostic de syphilis n'a pas été fait.

La mère ramène son enfant régulièrement à la consultation des nourrissons.

Le 5 novembre, quarante-cinq jours après sa naissance, on constate au niveau des pieds et des mains une large desquamation épidermique en plaques, un écoulement nasal mucopurulent qui font penser à l'hérédosyphilis. L'augmentation de poids n'a été que de 60 grammes en quinze jours dans cette période d'apparition des accidents (4 grammes par jour). Des bains de sublimé à 1/5.000 tous les deux jours, quinze gouttes de liqueur de Van Swieten à prendre en trois fois dans du lait maternel constituent le traitement.

Le 9 novembre, l'enfant a diminué de 200 grammes en quatre jours (3.310 grammes — 3.110 grammes). La quantité de lait maternel est peut-être insuffisante. On donne 98 grammes, puis 135 grammes de lait stérilisé pour augmenter la ration alimentaire (deux, puis trois bouteilles de 45 gr.) et le poids remonte à 3.550 gr. dans la semaine qui suit.

La mère, qui cependant avait encore en assez grande quantité du lait dans ses seins, donne d'elle même 250 grammes de lait qu'elle achète au dehors auquel elle ajoute un quart d'eau de gruau.

Le 14 novembre, l'état général du nourrisson est mauvais. La desquamation épidermique n'existe plus, mais on constate qu'à l'écoulement mucopurulent que nous avons signalé, a succédé la nécrose des os et des cartilages du nez. Il en est résulté une déformation considérable, un effondrement de la pyramide nasale. On décide de reprendre dans le service le nourrisson et sa mère. La mère est mise au traitement : une cuillerée de sirop de Gibert, les bains, la liqueur de Van Swieten sont continués.

Pendant quatre jours passés à la clinique, on constate que

le lait de la mère est insuffisant : trois bouteilles de 50 grammes, soit 150 grammes de lait stérilisé sont nécessaires pour compléter l'alimentation.

À sa sortie, le 19 novembre, le nourrisson pèse 3.340 grammes, le traitement est continué.

Tous les deux jours, l'enfant est amené à la clinique. Pour obtenir une augmentation régulière de poids (10 à 15 grammes par jour), la quantité de lait stérilisé est portée successivement à 200 (quatre bouteilles de 50 grammes), 250 (cinq bouteilles de 50 grammes), 300 grammes (six bouteilles de 50 grammes).

Le 19 décembre, le poids est 3.530 grammes.

Le 16 décembre, on constate sur les fesses et au niveau de l'anus, une éruption de syphides papulo-érosives assez confluentes.

Devant ces accidents nouveaux, on remplace la liqueur de Van Swieten par des frictions qui sont faites trois fois la semaine avec de l'onguent mercuriel de quadruple.

Le poids de l'enfant a diminué, le 19 décembre il n'est plus que de 3.340 grammes, le 30 décembre 3.410 grammes. Aucun trouble digestif ne s'est produit, on a augmenté la quantité de lait stérilisé (400, 450 grammes huit, neuf bouteilles de 50 grammes).

Le 6 janvier, l'enfant est dans un état très grave : il tousse, présente des phénomènes nerveux, des convulsions.

Il rentre, seul cette fois la clinique. On continue les frictions mercurielles, on le nourrit avec du lait peptonisé.

Malgré ces soins, il succombe le lendemain de son entrée.

L'autopsie a donné les renseignements suivants :

Poids des organes : Foie, 935 gr. ; Rate, 10 gr. ; Rein droit, 35 gr. ; Rein gauche, 35 gr. ; Cœur, 35 gr. ; Poumons, 98 gr.

Le cerveau est normal, on ne constate absolument aucune

lésion de la base du crâne. A la partie supérieure, pas de méningite, pas de destruction de la dure-mère. L'éthmoïde ne paraît pas altéré. On retire l'éthmoïde par sa face supérieure et l'on constate alors que la partie osseuse des fosses nasales est fortement atteinte, la cloison ulcérée dans toute sa hauteur, les cornets sont détruits par la suppuration.

Le foie est volumineux. Il présente à sa surface des taches blanchâtres qui en certains points forment des dépressoins. A la face inférieure du lobe gauche, il existe plusieurs traînées blanchâtres en forme d'algues marines. A la coupe, le foie est assez résistant : il est lisse, brillant, on ne constate pas la présence de gommés.

Les poumons sont normaux, il existe cependant au sommet droit un petit point de congestion.

Les reins, volumineux sont pâles, ils sont lisses, brillants à la coupe. Les deux substances sont difficiles à différencier surtout pour le rein gauche, la substance corticale paraît atrophiée.

La rate paraît normale.

Cœur : le ventricule gauche paraît augmenté de volume ; le tron de Botal est oblitéré. Le muscle cardiaque est un peu pâle.

Dans une de nos gardes à la Clinique, au mois de janvier 1901, nous avons eu l'occasion de revoir la femme J. . . .

Le conseil qui lui avait été donné de prendre le traitement spécifique, surtout si elle redevenait enceinte, n'avait pas été suivi. Elle venait terminer une grossesse de 7 mois, au cours de laquelle elle ne s'était pas soignée, par l'expulsion d'un fœtus macéré, mort depuis 12 jours (1).

(1) N° 47 du Registre d'Accouchements, 1901.

OBSERVATION III (1)

B. . . , sexe masculin, naît le 30 novembre 1898 à la Clinique Tarnier.

La mère âgée de 24 ans IIIpare a eu deux grossesses antérieures terminées par l'accouchement prématuré à 7 mois de fœtus morts et macérés. Lors de sa première grossesse elle a perdu ses cheveux, elle a eu longtemps des maux de tête : elle n'accuse aucune éruption spécifique.

Le poids de l'enfant à sa naissance est 3.160 grammes. Le placenta pèse 530 grammes. Pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital la courbe de son poids a présenté les caractères suivants : après une chute de 250 grammes, le poids de naissance est repris le 8^e jour.

Le nouveau-né sort de la clinique le 9^e jour pesant 3.230 gr. ; nourri au sein par sa mère, les tétées son régulières toutes les deux heures la journée, réduites à deux la nuit. Le diagnostic de syphilis ayant été fait, la mère, à sa sortie, reçoit le traitement ordinaire : sirop de Gibert, une cuillerée par jour. Des gargarismes au chlorate de potasse sont également indiqués pour prévenir la stomatite mercurielle possible.

Le 14 décembre, cinq jours après, l'enfant est ramené à la consultation des nourrissons : il a des vomissements après chaque tétée, il a diminué de 430 grammes ; son poids est 2.800 gr. On le reprend dans le service avec sa mère.

Le sirop de Gibert est continué à la mère, on donne de plus à l'enfant chaque jour des bains de sublimé au 1/2.000, une friction mercurielle.

(1) N° 1615 du Registre d'Accouchements, 1898. — N° 1037 du Registre de la Consultation des Nourrissons.

Les vomissements, moins abondants le 18, cessent le 19 décembre après deux jours de ce traitement qui est néanmoins continué tel jusqu'à la sortie.

La quantité de lait que fournit la mère est insuffisante pour le nourrisson : on est obligé de donner du lait de nourrice pendant quelques jours, on essaie ensuite l'allaitement mixte (60 gr. de lait stérilisé sont ajoutés au lait de la mère et de la nourrice, puis 110 grammes, puis 150 grammes). Il est bien supporté.

La mère et l'enfant quittent l'hôpital le 31 décembre. L'enfant pèse 3.200 gr. Les bains de sublimé seuls continués, constituent le traitement ; (6 bout. de 30 gr.) 180 grammes de lait stérilisé sont ajoutés au lait maternel.

L'augmentation de poids est tout à fait régulière et normale (18-25 grammes par jour). L'enfant paraissait bien portant, quand brusquement le 23 janvier, 54 jours après sa naissance, il est pris d'accidents graves : épistaxis, vomissements, diarrhée, mélonie. Les frictions mercurielles, reprises aussitôt, n'empêchent pas la terminaison fatale, le 24 janvier.

L'enfant ayant succombé chez lui, l'examen anatomique n'a pas pu être fait.

OBSERVATION IV (1).

D..., sexe féminin, naît à la clinique Tarnier le 23 janvier 1899.

La mère Ilpare a eu une grossesse précédente terminée à 8 mois par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré. Elle n'accuse aucun accident spécifique.

(1) N° 400 du Registre d'Accouchements, 1899. — N° 1038 du Registre de la Consultation des Nourrissons.

L'enfant n'est pas à terme, les dernières règles qui ont apparu chez la mère du 27 au 30 juin 1898 font présumer une grossesse de 7 mois et demi environ. Le poids de naissance est de 2.170 grammes le placenta pèse 400 grammes. L'enfant reste à la clinique Tarnier jusqu'au 7 mars, soit trente-cinq jours. Mis en couveuse à sa naissance, pendant cinq jours il diminue de poids (1.975 grammes), puis sa courbe remonte lentement indiquant une augmentation de 20 grammes par jour environ. Des frictions mercurielles quotidiennes pratiquées le 9^e jour sont immédiatement suivies d'une augmentation plus considérable, 30 40 gr., et le poids de naissance est repris le quatorzième jour. L'allaitement est uniquement maternel, la mère donne 480 à 500 grammes de lait dès le quatorzième jour. L'augmentation de poids continue régulière.

L'enfant sort de couveuse ayant atteint 2.500 gr. le vingt-sixième jour; il quitte la Clinique pesant 2.800 grammes, dans un état général satisfaisant. La mère prend le traitement : sirop de Gibert une cuillerée par jour.

A la consultation des nourrissons où il est amené chaque semaine jusqu'au 14 avril on ne note rien de particulier. A ce moment la mère et l'enfant présentent, l'une au niveau d'un sein, l'autre aux lèvres des ulcérations dont la nature paraît suspecte. Diagnostic fait à la consultation : érysipèle. Diagnostic fait à Aubervilliers : simples excoriations enflammées.

La mère ne donne plus qu'un sein; pour compléter la ration alimentaire on donne 3 bouteilles de lait stérilisé de 50 grammes. Cette quantité reconnue insuffisante est portée à 200 grammes, (4 bout. de 50 gr.). 250 grammes (5 bout. de 50 gr.) le 26 mai. Le sirop de Gibert est suspendu.

L'enfant continue à augmenter normalement (19 à 23 gr. par jour) il pèse 3.800 grammes le 9 juin, date à laquelle

apparaissent simultanément une éruption spécifique papulo-érosive périanale et un écoulement nasal muco-purulent.

Une cuillerée de sirop de Gibert est de nouveau prescrite à la mère, des bains de sublimé tous les deux jours sont donnés à l'enfant.

Dans la semaine qui suit on constate un affaissement du nez, conséquence de la nécrose des os et des cartilages. 15 gouttes de liqueur de Van Swieten chaque jour sont données alors à l'enfant, en trois fois dans du lait maternel, à l'heure des tétées : l'éruption disparaît d'abord, le coryza persiste : il ne cède que trois semaines après.

La quantité de lait stérilisé est portée à 300 grammes puis 350 grammes (6 puis 7 bout. de 50 gr.), le fait est nécessaire pour obtenir une augmentation de poids normale. Il n'y a pas lieu toutefois de transformer encore l'allaitement mixte en allaitement artificiel : l'expérience prouve que le nourrisson mis au sein peut y prendre encore une notable quantité de lait (50 gr. en 10 minutes).

Les soins hygiéniques donnés à l'enfant, la propreté sont assez négligés. Il est amené à la consultation, la tête sale, et quelques jours après apparaît un petit ganglion au cou. A ce moment là, la mère, blanchisseuse, est obligée de travailler, l'enfant est laissé en garde, elle ne le voit qu'à l'heure des tétées. Les pesées régulièrement faites indiquent une augmentation de poids de 80 à 100 grammes par semaine. Elle n'est que de 60 grammes le 7 juillet, et l'on porte à 400 grammes (8 bout. de 50 gr.) la quantité de lait stérilisé.

Au début du mois d'août survient un incident : la mère tombe malade, n'a plus de lait : le mode d'alimentation doit être changé. On donne 9 bouteilles de 75 gr. de lait stérilisé. Le poids de l'enfant passe alors de 4.500 grammes à 4.670 grammes. La ration est excessive, il survient de la diarrhée qui entraîne en huit jours une diminution de poids

de 130 grammes. On supprime une bouteille, la diarrhée cesse, et la courbe remonte régulière.

L'enfant se présente pour la dernière fois à la consultation le 13 octobre, bien portant, âgé de huit mois pesant 5.080 grammes.

OBSERVATION V (1).

S..., sexe masculin, naît le 19 novembre 1899 à la clinique Tarnier.

La mère Hpare a mené à terme une grossesse antérieure : l'enfant né vivant mourut à un mois de convulsions : il était nourri artificiellement. Elle n'a jamais présenté d'accidents.

Les dernières règles datent du 20 mars, cette grossesse n'est pas à terme, de huit mois environ. L'enfant pèse 1.950 grammes. le placenta 350 grammes. Mis en couveuse, le nouveau-né, après une perte de poids de 90 grammes (1.860 gr.) augmente régulièrement de 20 grammes par jour, il reprend le septième jour son poids de naissance. Nourri exclusivement au sein de sa mère, il prend des quantités de lait variables, 15 à 20 grammes par tétée, pendant les quatre premiers jours. 30 à 40 grammes, les septième, huitième et neuvième jours, de 40 à 50 grammes du dixième au seizième jour. Il quitte la clinique le 5 décembre, pesant 2.225 grammes.

Le diagnostic de syphilis n'a pas été fait. L'enfant est conduit chaque semaine à la consultation des nourrissons.

Nourri exclusivement au sein, il augmente de 180 gr. (25 gr. 5 par jour) pendant la semaine qui suit sa sortie. Il

(1) N° 1435 du Registre d'Accouchements, 1899. — N° 1277 du Registre de la Consultation des Nourrissons.

présente des garde-robes liquides, le 5 janvier 1900. On lui donne du benzonaphtol. Son état s'améliore. L'augmentation hebdomadaire est normale, 110 à 140 grammes jusqu'au 26 janvier. A ce moment, il a diminué de 40 grammes, il tousse un peu, on constate au niveau de l'anus et sur le scrotum de petites érosions spécifiques, qui nécessitent sa mise au traitement, 20 gouttes de liqueur de Van Swieten, chaque jour, des bains de sublimé trois fois la semaine. Les érosions guérissent en quinze jours, il augmente alors régulièrement de poids.

Il se présente pour la dernière fois à la consultation le 2 mars, son état général est satisfaisant. Agé de 3 mois et demi, il pèse 3.160 grammes.

OBSERVATION VI (1).

M..., sexe masculin, naît à la clinique Tarnier, le 3 décembre 1899.

La mère, âgée de 26 ans, Hpare a terminé sa grossesse antérieure par l'accouchement prématuré, à 7 mois, d'un fœtus macéré. Elle n'accuse aucun accident, aucun malaise d'origine suspecte. Elle n'a jamais suivi de traitement.

L'enfant pèse à sa naissance 2.760 grammes, la courbe de son poids, pendant son séjour à l'hôpital, est normale, il sort le septième jour pesant 2,875 grammes, nourri au sein par sa mère.

Il est ramené à la consultation des nourrissons le 29 janvier, six semaines après sa sortie, dans l'état suivant : son poids de 4,260 grammes indique une augmentation de

(1) N° 1320 du Registre d'Accouchements, 1899. — N° 1305 du Registre de la Consultation des Nourrissons.

920 grammes. Au niveau de la cicatrice ombilicale, il présente un bourgeon charnu légèrement saillant. Les deux bras sont inertes, l'impotence fonctionnelle est absolue, un peu de douleur s'accuse à la pression exercée au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus.

L'enfant est adressé à M. le professeur Moizard, qui porte le diagnostic de pseudo-paralysie spécifique (maladie de Parrot).

Le traitement est institué. On donne à l'enfant 15 gouttes de liqueur de Van Swieten par jour, en trois fois dans du lait maternel, on prescrit à la mère une cuillerée de sirop de Gibert. Le nourrisson doit être régulièrement amené pour être surveillé.

Le 2 février, on constate que l'état s'est modifié : les bras vont mieux, mais les membres inférieurs présentent des symptômes semblables à ceux que l'on a constatés aux membres supérieurs quatre jours auparavant. On sent, de plus, au niveau des articulations, un léger épaissement des têtes osseuses. Des phénomènes d'intolérance gastrique se sont manifestés (diarrhée, vomissements), le poids est resté stationnaire. On remplace les gouttes de liqueur de Van Swieten par des frictions mercurielles pratiquées tous les deux jours avec de l'onguent mercuriel déquadruplé. Ce traitement est continué régulièrement pendant trois semaines, jusqu'au 9 mars. A cette époque, les mouvements sont revenus dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs, le poids de l'enfant a augmenté de 150 grammes dans la semaine.

L'enfant revient une dernière fois à la consultation des nourrissons le 16 mars : son état général est excellent, il ne reste plus, comme trace de ses lésions, que l'épaississement signalé au niveau des têtes osseuses. Il a augmenté de 160 grammes en huit jours (24 gr. 2 par jour.)

Nous avons eu, au mois d'avril dernier, des nouvelles de cet enfant. Il est actuellement bien portant, et n'a pas présenté, dans la suite, de nouveaux accidents sérieux.

OBSERTION VII (1)

V..., sexe masculin, naît à la clinique Tarnier, le 7 juillet 1900.

La mère IVpare, âgée de 24 ans a vu ses grossesses antérieures se terminer, les deux premières par l'accouchement prématuré à 7 mois de fœtus morts et macérés; la troisième, menée à terme par la naissance d'un enfant vivant, qui mourut au bout de huit jours de convulsions. Elle ne sait rien d'une maladie antérieure possible de son mari; elle accuse les accidents suivants: céphalée nocturne, érosions buccales, chute de cheveux qui seraient survenues il y a cinq ou six ans, quelque temps après son mariage. Elle n'a jamais suivi de traitement.

Le poids de naissance de l'enfant est 2.700 gr.

Pendant son séjour à l'hôpital la courbe de poids de l'enfant après une chute de 200 grammes remonte régulière. A la sortie toutefois le 11^e jour le poids initial n'est pas repris. L'enfant est nourri au sein par sa mère, les tétées sont régulières toutes les 2 heures la journée, réduites à deux la nuit.

La diagnostic de syphilis a été porté par les antécédents, le traitement habituel sirop de Gibert (une cuillerée par jour), gargarisme au chlorate de potasse est indiqué à la mère; on l'engage à venir faire surveiller son enfant à la

(1) N° 828 du Registre d'Accouchements, 1900. — N° 1431 du Registre des Nourrissons.

consultation des nourrissons ; il y est amené chaque semaine et nous fournit l'observation suivante :

Le 27 juillet, dix jours après la sortie de l'hôpital, au moment où nous le revoyons pour la première fois, il présente un écoulement nasal muco-purulent. Ce coryza confirme le diagnostic de spécificité déjà fait. Le poids 2.770 gr. indique une augmentation de 110 grammes en dix jours (11 gr. par jour).

L'enfant est mis au traitement : 10 gouttes de liqueur de Van Swieten à prendre par jour en deux fois, dans du lait maternel. Des bains de sublimé au 1/5.000 tous les jours. Le coryza disparaît après trois semaines, le traitement n'en est pas moins continué (sirop de Gibert à la mère — bains et liqueur de Van Swieten à l'enfant) jusqu'au dix septembre. Pendant cette période, l'augmentation de poids est de 20 à 30 gr. par jour, le poids est alors 3.500 gr.

A ce moment le traitement est suspendu jusqu'au 2 novembre où de nouveau la mère reprend une cuillerée de sirop de Gibert par jour pendant le mois entier. Le trente novembre l'enfant présente de la diarrhée verte. L'arrêt immédiat du traitement amène la diminution d'abord, puis la cessation de la diarrhée en quelques jours.

Repos d'un mois, puis reprise du traitement sous la forme suivante : A l'enfant 10 gouttes de liqueur de Van Swieten prises suivants le mode indiqué déjà, à la mère une cuillerée de sirop de Gibert.

Aucun accident n'a apparu : le poids de l'enfant n'a pas cessé d'augmenter régulièrement : 160-190 gr. par semaine.

Le 8 février, huit mois après la naissance, il est de 6.670 gr. On note l'apparition simultanée des deux incisives médianes inférieures. Cette apparition se fait sans retentissement sur

l'état général, aucun malaise n'est signalé; l'augmentation hebdomadaire a été de 175 gr.

Rien de particulier jusqu'au 3 mai. Le traitement que l'on avait cessé le 1^{er} février n'a pas été repris.

Le 3 mai, on s'aperçoit par une diminution de poids de 120 gr. dans la semaine que le lait a diminué dans les seins de la mère et, pour compléter la nourriture insuffisante, on donne 160 gr. de lait stérilisé destiné à faire une soupe de farine d'orge. Le poids de l'enfant remonte (60 gr. en trois jours, soit 20 gr. par jour) à 8.150 gr.

Le 10 mai, à la suite d'une émotion, les règles ont apparu chez la mère et leur apparition s'est traduite chez l'enfant par une perte de 70 gr.

Cette perte est compensée la semaine suivante, l'enfant pèse 8.300 gr.

Actuellement âgé de 11 mois, l'enfant pèse 8.300 grammes. Son état général est excellent, toutefois on note une coloration terne de la peau, un léger aplatissement du nez, un élargissement des pariétaux (crâne natiforme) signes manifestes de l'hérédité syphilitique.

OBSERVATION VIII (1)

F..., sexe masculin, naît à la clinique Tarnier le 20 juillet 1900.

La mère Hpare, âgée de 21 ans a terminé sa grossesse antérieure par l'accouchement prématuré, à sept mois, d'un fœtus macéré, mort depuis treize jours.

Mariée depuis trois ans, elle avait toujours été jusque là bien

(1) N° 904 du Registre d'Accouchements, 1900. — N° 1457 du Registre de la Consultation des Nourrissons.

portante. Six mois après son mariage, elle présenta, alors qu'elle était enceinte pour la première fois, une éruption sur le corps et des ulcérations aux parties génitales. Elle consulta un médecin qui institua un traitement de bains simples et ordonna des pilules qui furent prises irrégulièrement pendant un mois. Elle perdit ses cheveux à cette époque. Elle nous apprend que son mari avait contracté, quatre ans auparavant une maladie vénérienne soignée d'après les conseils d'un pharmacien. Il guérit bien, il n'a jamais depuis présenté aucun accident.

Pendant cette seconde grossesse qui s'est terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant, aucun traitement spécial n'a été suivi.

L'enfant pèse à sa naissance 3.450 gr. La courbe de son poids pendant son séjour à l'hôpital, présente les caractères suivants : après une chute de 250 gr. elle remonte régulièrement. L'enfant sort le onzième jour, le poids initial n'a pas été repris, il pèse 3.300 gr.

Le diagnostic de syphilis est déjà fait par les antécédents, de plus des accidents précoces ont apparu chez l'enfant ; le cinquième jour ont apparu autour de l'anus de petites ulcérations fissuraires. L'enfant est nourri au sein, les tétées sont régulières, toutes les deux heures la journée, réduites à deux la nuit. A la sortie on donne à la mère le traitement habituel : sirop de Gibert, une cuillerée par jour, gargarismes au chlorate de potasse ; elle doit ramener son enfant à la consultation des nourrissons.

Le 3 août, lorsque l'enfant est revu pour la première fois, le poids 3.330 gr. indique une augmentation de 30 gr. en quatre jours. Les fissures signalées à l'anus existent encore : de plus le scrotum est distendu par un épanchement liquide (hydrocèle double). A l'un des doigts autour de l'ongle on remarque une petite ulcération. L'ongle est décollé en partie

et de la rainure unguéale, on peut faire sourdre par pression une petite gouttelette de pus (onyxis).

En présence de ces nouveaux accidents, un traitement plus complet est institué, 20 gouttes de liqueur de Van Swieten à prendre en quatre fois dans la journée dans du lait maternel à l'heure des tétées; l'enfant est amené trois fois par semaine à l'hôpital et on lui donne des bains de sublimé au 1/5.000. L'état de l'enfant s'améliore, les fissures disparaissent, l'hydrocèle se résorbe, l'onyxis guérit, on continue néanmoins le mercure cinq semaines régulièrement. Les gardes-robes sont vertes sans diarrhée.

Les règles ont apparu chez la mère le 2 septembre, l'enfant ne semble pas en avoir souffert, le sein continue à être donné, et pendant cette période du 24 août au 7 septembre qui précède et suit la menstruation, l'augmentation de poids du nourrisson a été normale (3.480 gr. à 3.698 soit 14 gr. par jour). Par comparaison, dans la période qui précède les règles, elle avait été (3.280 gr. (10 août), 3.480 gr. (24 août) soit 13.3 par jour).

Le traitement (sirop de Gibert à la mère, liqueur de Van Swieten à l'enfant) est suspendu pendant un mois jusqu'au 2 octobre sans que l'on ait à noter aucun accident. On constate alors que l'augmentation de poids dans la semaine a été insuffisante (30 gr.).

L'administration de 20 gouttes de liqueur de Van Swieten est ordonnée suivant le mode précédemment indiqué; dans la semaine qui suit, le poids de l'enfant passe de 4.230 gr. à 4.400 (augmentation de 24 gr. 2 par jour). Les garde-robes sont de nouveau vertes sans diarrhée. Pendant un mois, malgré cet aspect des selles, le traitement est continué, l'état général se maintient bon. La courbe du poids monte régulière.

Reprise du traitement le 7 décembre. Sirop de Gibert à la

mère remplacé quelques jours plus tard (21 décembre) par 10 gouttes de liqueur de Van Swieten données en deux fois à l'enfant.

Arrêt du traitement le 18 janvier 1901.

Aucun accident spécifique n'a été noté pendant toute cette période.

Après un mois d'interruption, le 15 février, le sirop de Gibert, une cuillerée par jour, est repris par la mère pendant quinze jours jusqu'au 1^{er} mars.

Le 22 février, on constate l'apparition d'une dent (incisive inférieure droite, qui se fait sans troubles, sans maux. L'augmentation de poids hebdomadaire a été de 60 gr.

Le 22 mars, l'enfant présente sur le corps une éruption banale, dont les caractères spécifiques ne sont pas nets : des bains de sublimé à 1/5.000 sont donnés tous les deux jours et la mère reprend son traitement. L'éruption cède rapidement : en huit jours. Le traitement est suspendu.

Le 12 avril, soit quinze jours plus tard, on constate la présence d'un ganglion inguinal droit.

La mère prend du sirop de Gibert, on donne à l'enfant cinq gouttes de liqueur de Van Swieten dans du lait maternel, on donne des bains de sublimé tous les deux jours.

La mère, chez laquelle on n'avait constaté jusque-là aucun accident, présente le 17 avril des ulcérations linguales, une ulcération de la lèvre inférieure. (Aphthes? ou plaques muqueuses?)

Actuellement l'enfant, à l'âge de 11 mois, pèse 8,380 grammes.

Son état est excellent. un léger aplatissement du nez, l'élargissement des parutins, sont les seuls signes qu'il présente de syphilis héréditaire.

OBSERVATION IX

T... (1), sexe masculin, naît à la clinique Tarnier, le 28 septembre 1900.

La mère Hpare, âgée de 21 ans, a eu d'une première grossesse, menée à terme, une fille vivante, morte à trois mois, de convulsions, et qui présenta sur le corps des éruptions semblables à celles qui furent constatées sur son second enfant. Elle n'a jamais été malade, n'accuse aucun accident, aucun malaise suspects, n'a jamais suivi de traitement.

Les antécédents pathologiques du père ne sont pas connus.

Le poids de naissance de l'enfant est 2.600 grammes. D'après la date d'apparition des dernières règles (3 février 1900), la grossesse est d'environ huit mois. Pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital, la courbe de son poids est normale; après une chute de 180 gr., le poids initial est repris le huitième jour.

A sa sortie, le neuvième jour, l'enfant pèse 2.650 grammes. Il est nourri au sein par sa mère, les tétées sont régulières, toutes les deux heures la journée, réduites à deux la nuit. Le diagnostic de syphilis n'a pas été fait.

La mère ramène son enfant à la consultation des nourrissons.

Le 19 octobre, on constate que le scrotum est distendu par un épanchement liquide, le diagnostic d'hydrocèle double est porté, l'origine en paraît suspecte.

Le 9 novembre, l'hydrocèle a persisté, des lésions multiples sont constatées. A la plante des pieds, à la paume des

(1) N° 1224 du Registre d'Accouchements, 4900. — N° 1537 du Registre de la Consultation des Nourrissons.

maines, de larges plaques épidermiques se détachent, au-dessous d'elles, la peau est rouge, luisante. Des fissures ont apparu aux lèvres, à l'anus. On institue alors le traitement suivant : on donne à l'enfant quinze gouttes de liqueur de Van Swieten, à prendre en trois fois dans du lait maternel à l'heure des tétées, des bains de sublimé au 1/5.000 tous les deux jours. A la mère, une cuillerée de sirop de Gibert par jour.

L'état général est resté assez satisfaisant. Dans le mois d'octobre, l'augmentation de poids a été de 620 grammes (20 grammes par jour). L'enfant pèse 3.270 grammes le 9 novembre.

Huit jours après, des accidents nouveaux ont apparu, les deux bras sont inertes, l'impotence fonctionnelle est absolue, comparable à celle qu'aurait produite une fracture, il n'existe pas de crépitation, mais une déformation articulaire manifeste. On diagnostique. Pseudo-paralysie spécifique. Decollement épiphysaire (maladie de Parrot). On porte à vingt gouttes, la dose de liqueur de Van Swieten à prendre en quatre fois, en même temps qu'on électrise l'enfant.

Les accidents diminuent, l'amélioration survient en trois semaines, et le 21 décembre, on supprime le mercure pendant huit jours. L'enfant, pendant la durée du traitement, a eu des selles vertes sans diarrhée.

Le 27 décembre, la mère reprend du sirop de Gibert, l'enfant, vingt gouttes de liqueur de Van Swieten. L'augmentation de poids, malgré les accidents syphilitiques graves, n'a pas cessé d'être régulière (120 à 180 grammes par semaine, soit 17 à 25 grammes par jour).

Le 11 janvier 1901, trois mois et quatre jours après sa naissance, l'enfant pèse 4.630 grammes, et déjà on note l'apparition d'une dent (incisive médiane inférieure gauche). Cette apparition se fait sans aucun retentissement sur sa

santé, aucun malaise n'a été signalé. L'augmentation de poids dans la semaine a été de 150 grammes (21,2 par jour). L'enfant est guéri, les mouvements volontaires des bras sont possibles. Depuis la reprise du traitement, l'enfant avait de nouveau des garde-robes vertes, on note de plus de la diarrhée, le traitement est suspendu, les selles deviennent aussitôt normales.

Le 8 février, quatre mois après la naissance, une seconde dent apparaît (incisive médiane droite) qui, comme la première, n'a occasionné aucun incident (augmentation de poids dans la semaine : 170 grammes).

Après un repos d'un mois, on redonne du sirop de Gibert à la mère : l'enfant a, le lendemain, de la diarrhée verte, le sirop est supprimé.

Aucune lésion syphilitique n'avait plus été observée.

Le 22 avril, la face interne de la cuisse droite est le siège d'une éruption papuleuse, dont l'origine ne peut être connue.

Des bains de sublimé sont donnés tous les deux jours.

L'enfant a de la diarrhée, que l'on croit pouvoir rapporter à une faute d'alimentation. Du 19 au 22 avril, en trois jours, il a augmenté de 140 grammes (47 grammes par jour).

On donne à la mère l'indication de ne laisser au sein que 3 à 4 minutes à chaque tétée au lieu de 10. Les bains sont continués. L'enfant augmente alors de 100 grammes par semaine (14,2 par jour), la diarrhée disparaît, le 10 mai on supprime les bains.

Actuellement l'état général de l'enfant est excellent; âgé de huit mois, il pèse 6,550 grammes, et rien dans son aspect ne donne l'impression d'un syphilitique héréditaire.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Les observations que nous venons de présenter, constituent par leur ensemble l'histoire des nourrissons syphilitiques à la consultation de la Clinique Tarnier : elles se rapportent toutes à des cas de syphilis héréditaire : nous n'avons pas trouvé d'exemple d'infection acquise au cours de l'allaitement.

La part de ce qui revenait au père et à la mère dans cette hérédité a été souvent difficile à déterminer. Si dans quelques cas (obs. n° I, obs. n° VIII) une hérédité mixte est incontestablement prouvée, souvent les renseignements recueillis ont été incomplets ; ils ont manqué quelquefois. Dans les antécédents de la mère, des symptômes peu graves ont pu passer méconnus ; des accouchements prématurés d'enfants morts ne constituent pas une démonstration suffisante de l'infection maternelle, car ils peuvent relever du seul fait de la syphilis du père. Dans ces cas d'hérédo-syphilis, où les accidents maternels ont fait défaut, nous nous sommes cru autorisés à conclure à une tare paternelle.

La syphilis était grave dans tous les cas. La seule atténuation à cette gravité a été apportée par le temps. Bien que la date précise de l'accident initial n'ait pu être toujours déterminée, dans la majorité des cas, le traitement, dont on eût pu retirer des bénéfices sérieux, bien que conseillé, n'a pas été suivi. Plusieurs années s'écoulent, et, après des avortements successifs, une grossesse est enfin menée à terme ou près du terme et donne un enfant vivant. Ce fait est constant dans toutes nos observations, une seule exception existe qui va nous donner l'occasion de faire quelques remarques intéressantes.

Il s'agit d'une syphilis, grave par son origine mixte, et aussi par la date de son début (dix mois environ), mais le traitement a été institué de bonne heure, chez le père, avant la conception, chez la mère pendant la grossesse, dès l'apparition des premiers accidents. Malgré le caractère sérieux de l'infection, l'enfant de cette primipare est né à terme, a pu être sauvé, il est actuellement vivant et bien portant.

Cette observation unique forme avec les autres un contraste si net qu'elle nous paraît confirmer suffisamment la nécessité d'un traitement préventif par les résultats heureux qu'on peut parfois en attendre.

Des signes précoces d'hérédosyphilis se sont manifestés chez tous les nourrissons. L'époque de leur apparition a été normale.

D'après Diday, les premiers symptômes, rares au moment de la naissance, exception faite toutefois pour

le pemphigus, apparaissent le plus souvent le premier mois, rarement après le troisième. De Mérie précise davantage. Dans une statistique portant sur quarante-six cas il a noté deux fois des accidents survenus quelques heures après la naissance, cinq fois dans les dix premiers jours, quatre fois du dixième au vingt-unième jour, six fois de la sixième à la treizième semaine.

D'après nos observations le cinquième jour (obs. n° VIII), le cent trente-sixième jour (obs. n° IV) ont été les dates extrêmes auxquelles les accidents ont été signalés. Ils ont apparu quatre fois dans le cours du premier mois (Obs. n° VIII, cinquième jour. Obs. n° III, quinzième jour. Obs. n° VII, vingtième jour. Obs. n° I, vingt-huitième jour). Trois fois dans le cours du deuxième mois (Obs. n° IX, cent quarante-troisième jour. Obs. n° II, quarante-quatrième jour. Obs. n° VI, cinquante-quatrième jour). Dans les deux autres cas, le quatre-vingt-deuxième jour (obs. n° V), le cent trente-sixième jour (obs. n° IV). Ces deux observations sont celles d'enfants débiles, nés prématurément, l'un de 1.950 grammes (obs. n° V), l'autre de 2.170 gr. (obs. n° IV).

Le rapport entre la gravité des accidents et l'époque de leur apparition ne semble pas établi d'une façon bien nette : nous voyons en effet tel enfant, au quinzième jour, présenter des hémorrhagies mortelles, tel autre à la même époque, présenter des lésions relativement bénignes d'onyxis et d'hydrocèle.

Des symptômes divers, classiques par leur forme, ont

été observés. Parmi les plus fréquents, la desquamation en plaques de l'épiderme a été observée à son siège le plus ordinaire : plante des pieds, paume des mains (obs. n° II, obs. n° IX), des érythèmes papuleux polymorphes ont eu des localisations variées (obs. n° II, n° IV, n° VIII, n° IX), fesses, face interne des cuisses. Nous avons eu à noter des érosions (obs. n° I, n° II, n° V) le plus souvent situées autour de l'anus et au scrotum ; ces lésions pourraient passer inaperçues et se confondre avec des lésions banales, si fréquentes chez le nouveau-né, dues le plus souvent à la suralimentation. Ces érosions ont pu dans un cas (obs. n° I) prendre un caractère exceptionnel de gravité, être le point de départ d'ulcérations profondes, dans la profondeur desquelles, nous a dit Monsieur le Professeur Budin, on pouvait introduire facilement l'extrémité du pouce. Ces ulcérations, comme on le verra dans l'observation détaillée, ont mis plus de six mois à guérir. Il semble pourtant que, malgré la gravité de ces accidents, la réparation puisse se faire sans laisser de cicatrices, nous avons été à même de regarder la place de ces anciennes ulcérations, nous n'avons pu en reconnaître les traces.

Nous avons relevé trois cas de coryza, cette manifestation syphilitique qui au premier abord paraît bénigne, peut cependant, par la gêne qu'elle occasionne dans les mouvements de succion, de déglutition, être un sérieux obstacle à l'allaitement. Passant parfois inaperçu des mères qui croient à un rhume de cerveau vulgaire, il peut

amener des complications beaucoup plus sérieuses : la nécrose des cartilages et des os du nez. Il est utile de surveiller de très près le nourrisson, de faire des lavages fréquents avec une solution étendue de sublimé, pour éviter le contact prolongé de la sécrétion purulente avec la muqueuse nasale. La nécrose des os du nez est rarement primitive d'après Parrot, elle serait presque toujours secondaire.

Nous avons eu à constater des lésions muqueuses. Du côté de la bouche des plaques humides (obs. n° 1), des fissures des lèvres. Une attention toute particulière est nécessaire dans ces cas, car ces érosions peuvent être indirectement la cause d'accidents graves chez le nourrisson. Des infections secondaires sont possibles, l'asepsie du sein doit être pratiquée avec minutie : une galactophorite, une lymphangite pourraient résulter du contact des lèvres ulcérées de l'enfant avec le sein gercé de la mère, et une entérite mortelle ne tarderait pas à être la conséquence de l'absorption du pus.

Nous avons observé deux fois l'onxyxis (obs. n° I, n° VIII), cette lésion au point de vue spécifique n'a pas grand caractère puisqu'on la rencontre souvent chez les enfants sains ; par son siège elle ne présente rien de spécial.

Beaucoup plus importantes nous ont paru les lésions observées du côté du système osseux. Nous avons eu déjà l'occasion de signaler à propos du coryza la nécrose des cartilages et des os de la base du nez, cette com-

plication est survenue deux fois (obs. n° II, n° IV). La déformation indélébile qu'elle entraîne lui donne déjà un caractère sérieux, elle est, de plus, grave par les accidents méningitiques d'inflammation propagée qu'elle peut déterminer. Nous n'avons pas eu à constater ce fait dans les cas qui nous occupent ; par l'examen anatomique que nous avons relaté, on a pu constater l'intégrité de l'ethmoïde et l'état normal des méninges (obs. n° II).

Dans deux observations (obs. n° VI et obs. n° IX) a été rapportée une affection osseuse, spéciale aux nourrissons syphilitiques, le décollement des épiphyses des os des membres, maladie de Parrot. Les membres supérieurs, ainsi qu'on le voit d'ordinaire, ont été atteints dans les deux cas ; dans un cas (obs. n° VI) la lésion s'est étendue aux membres inférieurs. Bien caractérisée par l'impotence fonctionnelle qu'elle entraîne, comparable à celle que détermine une fracture, la maladie de Parrot est considérée comme très grave, ne survenant que chez les nourrissons dont l'état général est mauvais. Les deux enfants ont guéri, ils ont été adressés à Monsieur le Professeur Raymond ; ils ont été électrisés pendant deux mois, deux fois chaque semaine et l'atrophie musculaire a pu être évitée. Les mouvements sont aujourd'hui complètement revenus, il ne reste au niveau des extrémités osseuses qu'un très léger épaississement.

L'hydrocèle double que nous avons relevé deux fois (obs. n° VIII, obs. n° IX), n'est pas chez l'enfant un accident toujours spécifique. On sait en effet que chez

les débiles le canal péritonéo-vaginal persiste quelquefois : des pressions répétées de l'intestin peut résulter un processus inflammatoire qui aboutit à cet épanchement sérieux.

Une seule fois se sont produits des accidents nerveux (obs. n° I) de la parésie brachiale, et quelque temps plus tard chez le même enfant des phénomènes d'excitation qui se sont traduits par une irritabilité toute particulière : changement de caractère, colères fréquentes, cauchemars et terreurs nocturnes. M. le Professeur Raymond qui vit le nourrisson à cette époque n'hésita pas à rattacher ces phénomènes à l'hérédosyphilis. Au traitement spécifique en cours on joignit pendant quelque temps une potion bromurée ; les accidents persistèrent cependant plusieurs mois.

Deux nourrissons ont succombé (obs. n° II, obs. n° III) ; tous deux ont présenté des phénomènes généraux, sans localisation spéciale. Ces faits sont bien connus. Des observations ont été rapportées d'enfants syphilitiques qui ne présentaient aucun accident, dont la courbe de poids était régulière, normale, pour lesquels un pronostic favorable semblait devoir être porté. Des accidents foudroyants amènent la mort. C'est là le fait de l'observation n° III : le nourrisson est brusquement pris, le cinquante-quatrième jour après sa naissance, d'hémorragies multiples (hématémèses, méléna) contre lesquelles le traitement est impuissant. L'examen anatomique n'a malheureusement pas pu être fait, mais

il est très vraisemblable que, comme dans tous les cas de ce genre, on aurait trouvé une augmentation notable de volume de la rate, un piqueté hémorrhagique du foie, du sang dans tous l'appareil digestif congestionné.

La mort du deuxième enfant (obs. n° II) a été occasionnée par une méningite ou, plus exactement, il a succombé à des phénomènes méningitiques, car l'autopsie n'a révélé aucune lésion, soit de l'encéphale, soit des méninges. Nous avons déjà parlé de cette autopsie à propos de la nécrose des os du nez que ce même nourrisson présenta. Un examen plus complet eût peut être donné des renseignements précis sur la cause de la mort. L'état général de l'enfant était mauvais, il avait dû être repris à la Clinique, la mère peu soigneuse l'élevait mal, l'alimentation laissait beaucoup à désirer. Lors de son entrée à l'hôpital, en plus des lésions syphilitiques, on observait des vomissements, des selles mal digérées. Par du lait de nourrice, par la surveillance journalière de ses tétées, on était arrivé à une amélioration relative. Quelques jours après sa sortie de la Clinique il présentait des phénomènes graves que nous avons détaillés dans l'observation ; ramené, il succombait le lendemain de son entrée.

Un traitement méthodique qui trouve son indication naturelle dans la gravité des accidents présentés a été appliqué dans tous les cas. Dès l'accouchement, sitôt le diagnostic de syphilis posé, une cuillerée de sirop de Gibert est donnée chaque jour à la mère. A sa sortie

de l'hôpital on lui prescrit le même traitement, on ajoute des gargarismes au chlorate de potasse pour prévenir la stomatite mercurielle possible.

Des accidents ont apparu chez l'enfant? Des bains de sublimé au 1/5,000 lui sont donnés à la Clinique tous les deux jours. Chaque fois qu'il est amené, il est l'objet d'un examen minutieux ; si quelque nouveau symptôme se manifeste, on assiste presque à ses débuts. Un traitement interne est ajouté : la liqueur de Van Swieten en constitue la base ; la dose employée est beaucoup plus faible que celle que l'on indique généralement. Dans tous les cas, on n'a jamais dépassé une dose quotidienne de XL gouttes, quel qu'ait été la gravité des lésions. Le chiffre indiqué XL gouttes se trouve dans la seule observation n° I, la plus ancienne. La tendance à ne jamais dépasser XL gouttes est justifiée par la crainte des troubles digestifs que le médicament peut produire. La dose ordinaire par laquelle on débute est X gouttes, soit cinquante centigrammes de liqueur de Van Swieten, correspondant à 0 gr. 0005 de sublimé, suivant les effets produits, elle est portée à XX, XXX, XL gouttes, deux milligrammes de sublimé dose maxima.

Le mode d'administration n'est pas indifférent, on donne la liqueur de Van Swieten par fraction de V gouttes, espacées le plus possible, dans du lait maternel, à l'heure ordinaire des tétées. Donné avec cette méthode, le mercure n'a jamais produit d'accidents

d'intoxication ; malgré un traitement prolongé, des phénomènes légers d'intolérance (diarrhée) observés dans un cas (obs. n° IX) ont disparu avec la cessation du traitement.

Un fait que l'on constate fréquemment, c'est une coloration particulière des selles, coloration verte qui semble trouver une explication naturelle dans l'action médicamenteuse cholagogue du mercure.

Aux cas graves ont été réservées les frictions mercurielles (obs. n° II, obs. n° III, obs. n° IV) pratiquées sur le thorax ; elles ont tiré leur indication des troubles digestifs, vomissements, diarrhée, de l'intolérance gastrique des nourrissons.

A cette thérapeutique a été jointe une surveillance régulière de l'alimentation. Des pesées rigoureusement exactes, faites chaque fois que le nourrisson se présentait à la Clinique ont donné, par l'augmentation ou la perte de poids indiquées, des renseignements précieux sur l'état général, la suffisance ou l'insuffisance de l'alimentation.

Tous les efforts ont été faits pour établir une nourriture exclusivement maternelle : tous les enfants ont été nourris au sein, nous n'avons pas eu à constater d'impossibilité absolue, mais la quantité de lait fournie par la mère est devenue, presque toujours, au bout d'un temps variable, insuffisante, et pour compléter la ration, une certaine quantité de lait stérilisé a dû être donnée. Donné avec une mesure et une prudence

extrême, ce lait stérilisé a été bien supporté dans tous les cas.

Deux fois (obs. n° II, obs. n° III) les enfants ont été repris à la Clinique avec leur mère : il était utile (obs. n° II) de déterminer aussi exactement que possible la quantité de lait stérilisé nécessaire comme complément au lait maternel, en présence d'un état général grave. Dans le second cas (obs. III), des vomissements, une perte de poids de 430 grammes en 5 jours rendaient indispensable, une réglementation sévère des tétées.

Parmi ces nourrissons hérédosyphilitiques deux sont nés prématurément (ob. IV) enfant de 2.170 grammes, (obs. V) enfants de 1.950 grammes. Nous avons signalé chez eux l'apparition tardive des premiers accidents (82° — 136° jour). Ces nourrissons ont été parfaitement élevés.

Mis en couveuse à leur naissance, ils ont reçu une quantité de lait proportionnelle à leur poids. Pour le premier (obs. n° IV), 155 grammes ont été donnés le premier jour, la ration progressivement augmentée a atteint 440 grammes le 12^e jour, l'enfant pesant 2,200 grammes. Pour le second (obs. n° V), la ration de 100 grammes donnés le 2^e jour a été portée à 400 grammes le 11^e jour le poids étant de 2,000 grammes. On n'a noté chez eux aucun trouble digestif, ils sont sortis de l'hôpital bien portants : l'un n° V, 15 jours après sa

naissance, pesant 2,250 grammes ; l'autre, obs. n° IV, 35 jours après pesant 2.850 grammes.

La perte de poids, dans les premiers jours qui suivent la naissance, la facilité avec laquelle cette perte a été compensée, ont été excessivement variables et nous ne saurions faire de remarque intéressante à ce sujet.

Pour les modifications que l'apparition des accidents syphilitiques a apportées dans la courbe du poids, les observations ne donnent pas d'indication formelle. Alors qu'avec de simples érosions (obs. V) on constate une diminution de 40 grammes, on note avec des symptômes beaucoup plus graves, pseudo paralysie spécifique, un simple arrêt. Dans l'obs. n° V avec un onyxis, une d'hydrocèle, l'enfant augmente de 10 grammes par jour, plus tard, avec une éruption spécifique généralisée (corps et siège), la balance accuse une augmentation de 230 grammes dans la semaine, soit 34 grammes par jour. Dans l'observation n° IV, un coryza coïncide avec une augmentation de 200 grammes, soit 28 gr. 8 par jour, avec un coryza de même nature (obs. VIII), l'augmentation est de 12 grammes par jour.

Les résultats sont, on le voit, trop dissemblables pour qu'on puisse en dégager une conclusion.

Un retard dans l'évolution dentaire est considéré quelquefois comme un signe clinique d'hérédo-syphilis. Nos observations n'ont pas confirmé ce fait. Dans les cas où

L'apparition des dents a pu être notée, nous l'avons vue se faire aux époques ordinaires ; dans un cas même, obs. n° IX, cette apparition a été prématurée. Dans l'obs. n° I au douzième mois, six dents avaient déjà apparu ; dans les obs. n° VI et n° VIII, à huit mois l'on constate la présence des incisives médianes inférieures. Trois mois et quatre jours après la naissance, dans l'obs. n° IX, est signalée l'incisive médiane inférieure gauche, l'incisive médiane droite apparaît vingt jours après. L'enfant débile (obs. n° IV) a quitté la consultation âgé de huit mois et à cette époque il n'avait encore mis aucune dent.

Nous devons faire une remarque au sujet de l'évolution dentaire, qui, contrairement à ce qui paraît être la règle, s'est faite deux fois sans retentissement sur la santé générale, sans trouble, sans malaise.

Un fait qui nous a paru constant est le retard de développement qui se traduit du moins dans la première année par une courbe du poids inférieure à la normale. Trois nourrissons ont quitté la consultation dans le cours de leur première année : biens portants, mais leur poids était un peu faible pour leur âge. Il était (obs. IV) de 5.080 grammes pour un enfant de huit mois au lieu de 7.000 environ, de 3.160 grammes pour un enfant de 3 mois 1/2 au lieu de 5.000, 4.600 grammes pour un enfant de 4 mois, au lieu de 5.400 grammes. Trois nourrissons sont actuellement ramenés chaque semaine, nous avons cru intéressant de reproduire d'une façon

schématique la courbe générale de leur poids. Sans nous arrêter aux détails dont l'importance a été discutée plus

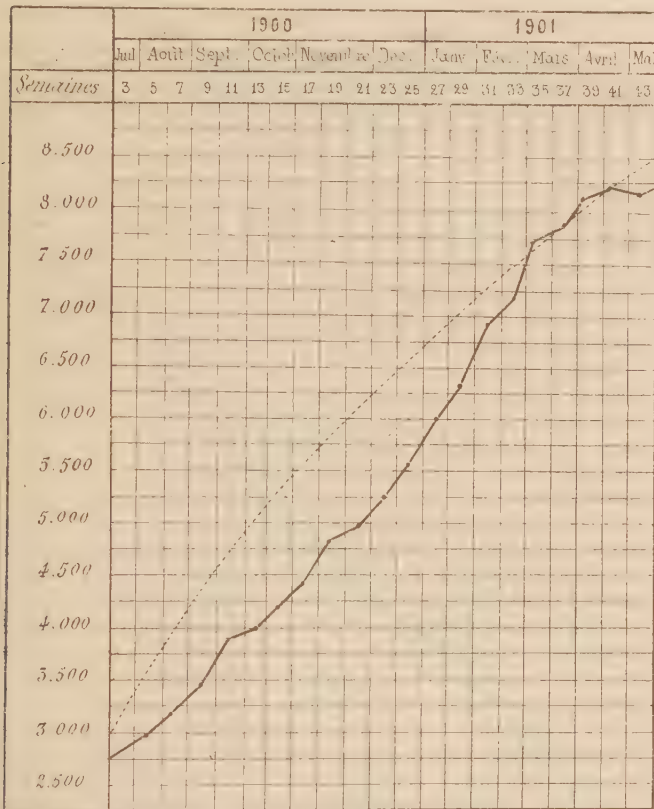


Fig. 1.

haut, nous montrons simplement le rapport de cette courbe avec la normale.

Dans ces trois cas, quel qu'ait été le poids de naissance

(2.700 gr. obs. n° VII, 3.450 gr. obs. n° VIII, 2.620 gr. obs. n° IX) la courbe, bien qu'indiquant une aug-

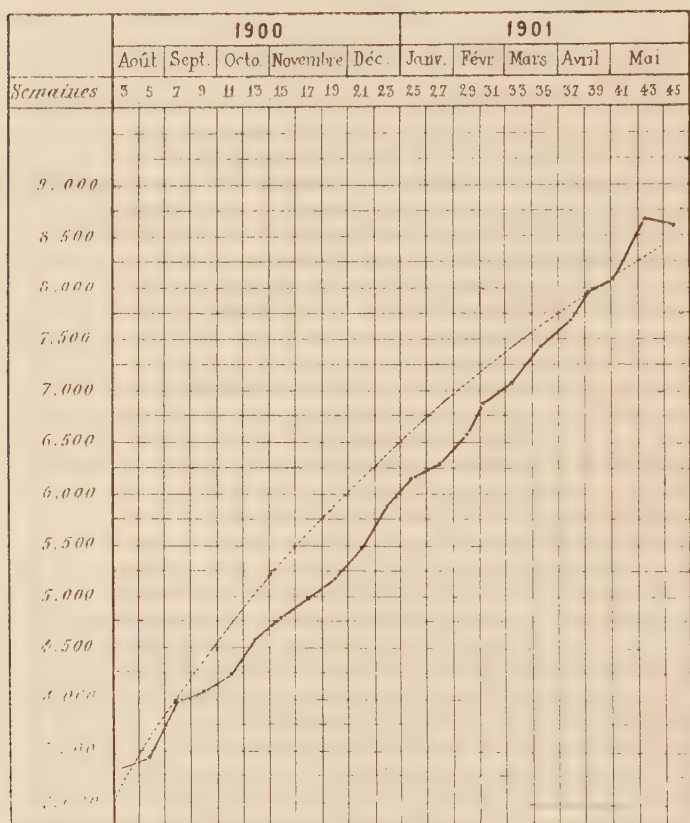


Fig. 2.

mentation bi-mensuelle régulière, reste un peu basse, ce n'est guère que la 33^e, la 35^e semaine que la normale est atteinte et cependant, ces nouveau-nés, nourris au

sein, reçoivent une alimentation suffisante. Ce retard de développement constant, démontré dans les premiers mois d'une façon évidente, peut sembler relever de l'hérédo-syphilis. Ce retard est limité aux premiers mois

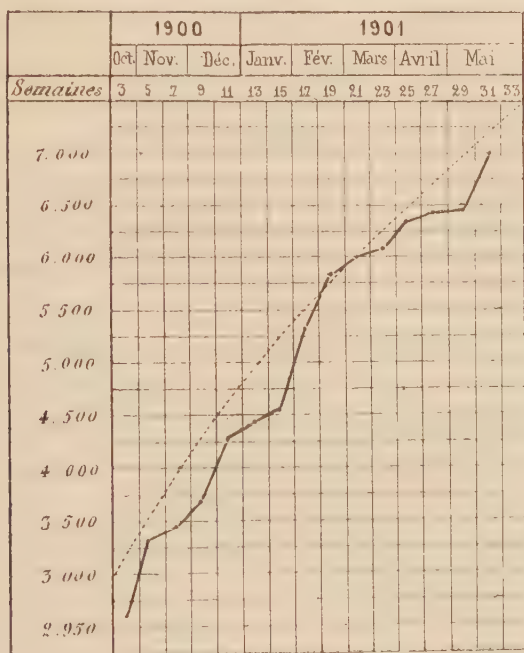


Fig. 3.

de l'existence. L'observation n° 1 nous montre que l'enfant P..., âgé de 5 ans, est pour son âge bien développé; sur les courbes reproduites, on voit que le poids normal une fois atteint, la courbe de l'enfant reste normale. L'indication qui paraît résulter de ces faits, est la réglementation aussi parfaite que possible de l'alimentation,

par laquelle on peut tenter de corriger cette lenteur initiale du développement.

Nous avons pu constater deux fois l'influence du traitement spécifique sur l'augmentation du poids (obs. n° IV et n° VIII). Dans l'obs. n° IV, des frictions faites le 9^e jour après la naissance font passer l'augmentation quotidienne de 20 grammes à 30 grammes; dans l'obs. n° VIII, la reprise du traitement, en l'absence de tout accident, est suivie d'une augmentation hebdomadaire de 170 grammes (25 gr. par jour) au lieu de celle de 30 grammes (5 gr. par jour) constatée la semaine précédente.

Les résultats obtenus ont été assez satisfaisants : sur les neuf enfants syphilitiques dont nous avons rapporté les observations, deux sont morts, sept ont quitté la consultation bien portants. Six de ces enfants sont actuellement vivants, dont un débile, obs. n° IV ; nous avons perdu la trace du nourrisson également débile qui a fait le sujet de l'obs. n° V.

Tels sont les faits que nous avons constatés et dont nous allons essayer de résumer et d'apprécier la portée générale dans nos conclusions.

CONCLUSIONS

A la consultation des nourrissons de la Clinique Tarnier ont été amenés un certain nombre d'enfants syphilitiques héréditaires (syphilis d'origine paternelle, maternelle ou mixte).

Aucun traitement préventif n'avait été suivi par les parents : un seul cas fait exception, où le bénéfice qui en fut retiré paraît considérable (obs. n° I).

L'hérédité syphilitique s'est traduite chez tous les nourrissons par des accidents. Les accidents observés ont été classiques tant par leur forme que par la date de leur apparition. Leur gravité a été variable, des accidents bénins ont guéri; d'autres, considérés comme des plus sérieux, ont cédé à un traitement prolongé, d'autres enfin ont amené deux fois (obs. II, obs. III) une mort rapide.

A une thérapeutique appropriée à la gravité des symptômes, a été jointe la surveillance régulière de l'alimentation.

L'allaitement a été maternel toutes les fois qu'il a été

possible. Dans les autres cas, mixte ou artificiel, le lait stérilisé a été employé.

On a pu obtenir ainsi, le fonctionnement parfait du tube digestif, éviter les troubles de nutrition qui eussent fâcheusement retenti sur la santé du nourrisson, permettre l'administration du mercure, même prolongée, sans qu'il en résulte d'autre inconvénient que des selles vertes, le plus souvent sans diarrhée.

Parmi les nouveau-nés hérédosyphilitiques se sont trouvés deux débiles (obs. n° IV, obs. n° V). Ces débiles se sont élevés, ils ont quitté la consultation dans un état général satisfaisant.

L'augmentation de poids a été régulière chez tous. Cependant la courbe du poids est restée au dessous de la normale pendant les premiers mois. Il ne semble pas exister de rapport bien établi entre les modifications de cette courbe et l'apparition des accidents.

L'évolution dentaire s'est faite normalement, on note même dans un cas (obs. IX) cette évolution prématurée au 3^e mois.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Sur les 9 enfants syphilitiques qui ont été régulièrement suivis :

Deux sont morts (obs. n° II, obs. n° III).

Sept ont quitté la consultation bien portants (obs. N° I, IV, V, VI, VII, VIII, IX).

Actuellement six de ces enfants sont vivants, le septième n'a pu être retrouvé.

En résumé, grâce à une surveillance journalière, à une réglementation sévère de l'alimentation, à une thérapeutique bien dirigée, il a été possible, dans un assez grand nombre de cas, de conserver à la vie les nourrissons hérédosyphilitiques, au moment même où leur existence, si précaire, paraît le plus dangereusement menacée.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

P. BUDIN

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BARASCH. — Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique. Th. de Paris, 1893.
- BERTIN. — Traité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés.
- BESNIER. — Syphilis infantile (Bull. médical, 1887, page 499).
- BLAISE. — Th. d'Agrégation, 1883.
- BOISSARD. — Syphilis et nouveau-nés (Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'héredo-syphilis). Journal des Praticiens, 29 janvier 1898.
- BOUCHUT. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1832.
- BOULANGIER. — De la syphilis infantile (Presse médicale belge, 1893, p. 381).
- BUDIN. — Femmes en couches et nouveau-nés, 1897.
- BUDIN. — Le nourrisson.
- CHAVANNE. — Le lait stérilisé (Th. Paris, 1893).
- COMBY. — Traité de médecine de l'enfance (3^e édition).
- CULLERIER. — De la syphilis des enfants nouveau-nés et des nourrices (Gazette méd., Paris, 1850, p. 892).
- DESPRÈS. — Traité de la syphilis, 1876.
- DIDAY. — Traité de la syphilis des nouveau-nés, 1854.
- DIDAY. — Art. syphilis héréditaire (D^{re} Dechambre).
- DOUBLET. — Mémoire sur les symptômes et le traitement des maladies vénériennes des nouveau-nés. Paris, 1781.
- DURAC. — De l'hérédité de la syphilis (Th. Montpellier, 1866).
- FOURNIER. — Hérédité syphilitique.

- FOURNIER. — Syphilis et mariage.
- FOURNIER. — Allaitement des enfants syphilitiques (Presse médicale, 24 février 1897).
- FOURNIER. — Nourrices et nourrissons syphilitiques.
- FOURNIER. — Nourrisson syphilitique (Revue de Thérapeutique, 1^{er} déc. 1890).
- GAILLETON et DRON. — Mortalité des enfants syphilitiques (Lyon méd., 1874, t. IV, p. 103).
- HALLOPEAU. — Th. d'agrégation, 1873.
- HOVOLLE. — Art. Syphilis héréditaire (D^{re} Jaccoud).
- KALININE. — Signes de la syphilis héréditaire précoce (Th. Paris, 1900).
- KRYKUS. — Mortalité des enfants syphilitiques (Th. Paris, 1890).
- LAPORTE. — Traitement prophylactique de l'hérédosyphilis (Th. Paris, 1897).
- LE PILEUR. — De la mortalité infantile causée par la syphilis (Bull. Société obst. et de gynécol., décembre 1888).
- LETULLE. — Traitement de la syphilis héréditaire (Gaz. médicale, Paris, 1878, p. 330).
- MAHON. — Maladies syphilitiques et manière de les soigner dans les femmes enceintes, dans les enfants nouveau-nés et dans les nourrices, 1804.
- MIREUR. — Essai sur l'hérédité syphilitique (Th. Paris).
- POUZOL. — De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédosyphilis (Th. Paris, 1894).
- TROUSSEAU et LASSEGUE. — Syphilis du premier âge (Gaz. méd., Paris, 1848).
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales, Hôtel-Dieu Paris, 1877, 3^e éd.
- SIMON. — Revue mensuelle d'enfants, 1886, p. 233.

